

Opinia

**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
Nr 49/2011 z dnia [REDAKTOWANE]
o projekcie programu zdrowotnego
„Kompleksowa terapia, opieka i pielęgnacja dzieci
niepełnosprawnych z terenu miasta [REDAKTOWANE]”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej wyrażam pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Kompleksowa terapia, opieka i pielęgnacja dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta [REDAKTOWANE]”.

Projekt dotyczy bardzo istotnego problemu zdrowotnego i społecznego i powinien być realizowany pod warunkiem stosowania w ramach programu wyłącznie interwencji rekomendowanych przez lekarskie towarzystwa naukowe (np. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji, Polskie Towarzystwo Pediatrii, Polskie Towarzystwo Neurologii Dziecięcej, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne). Jednocześnie nie rekomenduję stosowania interwencji niekonwencjonalnych, nieopartych dowodami naukowymi.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Komisji Europejskiej. Mając na uwadze wydłużenie średniej długości życia na świecie, problem ten staje się istotny, gdyż dłuższe życie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Problem niepełnosprawności nie dotyczy jedynie osób starszych. Występuje także wśród dzieci i młodzieży do 18. roku życia wskutek wad wrodzonych, chorób przewlekłych, wypadków czy urazów. Bez względu na przyczyny niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym.

Istnieje wiele definicji niepełnosprawności. Zdefiniowana w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. W zależności od stopnia sprawności organizmu wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności:

- Znaczny – osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolna do pracy albo zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagająca stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- Umiarkowany – osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolna do pracy albo zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagająca czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.
- Lekki – osoba o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Światowa Organizacja Zdrowia w 1997 roku wprowadziła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), a także następujące pojęcia niepełnosprawności, uwzględniając stan zdrowia człowieka:

Niesprawność (ang. impairment) – każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym.

- Niepełnosprawność (ang. disability) – każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka.
- Ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (ang. handicap) – ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację ról społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

Dzieci niepełnosprawne w populacji osób sprawnych wyróżniają się obniżoną sprawnością psychiczną oraz potrzebą specjalnej pomocy, często o charakterze kompleksowym. Dziecko niepełnosprawne ma trudności w nauce i społecznym przystosowaniu z powodu obniżonej sprawności psychofizycznej i wymagające pomocy specjalnej w celu poprawy: stanu zdrowia i ogólnej sprawności fizycznej; stanu sprawności tych organów i funkcji, które są upośledzone, bądź zaburzone; możliwości uczenia się w szkole i wyników w nauce; samodzielności społecznej w czynnościach życia codziennego, w zabawach i zajęciach rówieśników oraz w różnych sytuacjach cywilizacyjno-kulturowych.

Wyróżnia się wiele klasyfikacji dzieci niepełnosprawnych, których podstawę stanowią różne kryteria: psychologiczne (subiektywne odczucie stopnia upośledzenia); społeczne (sposób funkcjonowania społecznego); pedagogiczne (stopień wyuczalności); kliniczne (lokalizacja, stopień i przyczyny uszkodzenia).

Ze względu na rodzaj naruszonej sprawności psychofizycznej i z punktu widzenia potrzeb praktycznych w szkolnictwie najczęściej wyróżnia się dzieci niepełnosprawne intelektualnie; z obniżoną sprawnością sensoryczną spowodowaną brakiem, uszkodzeniem lub zaburzeniami funkcji analizatorów zmysłowych (z wadami słuchu, z wadami wzroku); z obniżoną sprawnością ruchową (dzieci z dysfunkcją narządu ruchu oraz zaburzeniami kinestetycznymi); z obniżoną ogólną sprawnością psychofizyczną z powodu chorób somatycznych (przewlekłe chore) oraz na tle anomalii wagi i wzrostu; z obniżoną sprawnością komunikowania się (dzieci z różnego rodzaju zaburzeniami mowy, dzieci autystyczne); z obniżoną sprawnością funkcjonowania społecznego (dzieci z trudnościami wychowawczymi, niedostosowane społecznie, z zaburzeniami równowagi nerwowej i emocjonalnej, z zaburzeniami zdrowia psychicznego); z defektami sprzężonymi (z niepełnosprawnością sprzężoną). Klasyfikacja jest sztucznym i umownym podziałem. Najczęściej dziecko niepełnosprawne ma naruszoną sprawność różnego rodzaju i wymaga wielostronnej pomocy specjalnej. W wielu przypadkach wymaga troskliwej opieki medycznej ze strony odpowiednich specjalistów, niekiedy długotrwałego leczenia, fizycznego usprawniania, różnych rodzajów terapii (psychoterapii, socjoterapii, logoterapii) i zaopatrzenia w odpowiednie pomoce techniczne oraz zapewnienia pomocy specjalnej.

Blisko 58% dzieci z niepełnosprawnością cierpi z powodu przynajmniej jednego poważnego problemu zdrowotnego, który wpływa na codzienną egzystencję. Dla 32,8% dzieci niepełnosprawnych podaje się jedno poważne schorzenie lub dysfunkcję, dla 13% – dwa, a liczbę trzech i więcej zgłaszano znacznie rzadziej. Wśród dzieci niepełnosprawnych z poważnymi zaburzeniami zdrowotnymi prawie co czwarte ma problemy ze wzrokiem, a także trudności w mówieniu. Ponad $\frac{1}{5}$ zmagają się z utrudnieniami w poruszaniu się. Problemy ze wzrokiem oraz z poruszaniem się częściej występują u niepełnosprawnych dziewcząt, natomiast więcej chłopców ma trudności w mówieniu.

Niepełnosprawne dzieci i młodzież napotykają w codziennym życiu szereg barier. Do najważniejszych z nich zaliczyć należy:

Bariery fizyczne (architektoniczne) – otoczenie cywilizacyjne dostosowane jest przede wszystkim do potrzeb i możliwości ludzi pełnosprawnych w związku z tym jest wiele przeszkód fizycznych, które utrudniają przebywanie i przemieszczanie się osób niepełnosprawnych.

- Bariery społeczne – negatywne postawy oraz przesady w stosunku do osób niepełnosprawnych, które powodują ograniczenie ich uczestnictwa w życiu społecznym, aktywności i pełnienia różnych ról oraz wyznaczenie dla nich wąskiego wachlarza zawodów i stanowisk pracy.

- Bariery kulturowe – oddziaływania kulturowe, którym od wczesnych lat życia podlegają dzieci w obrębie swojego środowiska. Dziecko niepełnosprawne styka się z negacją choroby i niesprawności jako najbardziej niepożądane zjawisko w życiu człowieka.
- Bariery edukacyjne – dziecko niepełnosprawne w roli ucznia narażone jest na stres związany z rywalizacją w warunkach nierównych szans. Rywalizacja nie sprzyja rozwijaniu pozytywnych więzi i prospołecznych zachowań, natomiast nasila koncentrację na sobie i niechęć do współuczestników rywalizacyjnego wysiłku. W większości przypadków na marginesie społeczności uczniowskiej pozostają osoby mniej sprawne zarówno fizycznie jak i psychicznie.

Każdy ze specyficznych rodzajów niepełnosprawności charakteryzuje się innymi problemami, które z kolei są różne dla stopnia zaawansowania upośledzenia funkcji życiowych. Dzieci z niepełnosprawnością ruchową zmagają się z utrudnionym poruszaniem się, samodzielnością. Skala trudności uzależniona jest od rodzaju i stopnia ograniczenia sprawności fizycznej. Z kolei dzieci niewidome i niedowidzące doświadczają wielu problemów w poszczególnych obszarach funkcjonowania. W przypadku dzieci z problemami ze słuchem utrudniony jest odbiór dźwięków z otoczenia – u osób niesłyszących zmysł wzroku zastępuje niejako zmysł słuchu. Dzieci z autyzmem doświadczają opóźnienia mowy i problemów w kontaktach ze środowiskiem osób zdrowych. Natomiast osoby niepełnosprawne intelektualnie może cechować trwale ograniczona sprawność na poziomie kognitywnym, językowym, motorycznym oraz na poziomie umiejętności społecznych.

Na podstawie informacji z ocenianych programów przyjęto następujące kryteria włączenia do niniejszego opracowania: niepełnosprawne dzieci i młodzież z głuchotą lub niedosłyszające; z obniżoną sprawnością intelektualną w szczególności z zespołem Downa; ze spektrum zaburzeń autystycznych (głównie autyzmem); z mózgowym porażeniem dziecięcym; z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) – oraz rodzice niepełnosprawnych dzieci i młodzieży

Terapia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej powinna opierać się na leczeniu rehabilitacyjnym. Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, którego celem jest przywrócenie człowiekowi niepełnosprawnemu funkcji utraconych w przebiegu choroby, a także wad rozwojowych i wrodzonych.

Wśród zaleceń klinicznych dotyczących postępowania w przypadku dzieci i młodzieży cierpiących na autyzm i spektrum zaburzeń autystycznych (ASD) wyróżnia się strategię modyfikacji zachowania; terapię behawioralno-poznawczą (zwiększenia wspólnej uwagi i zabawy symbolicznej w celu poprawy rozwoju ekspresji językowej, rozwój kluczowych umiejętności: spontaniczność, inicjacja, motywacja i samoregulacja); alternatywne i wspomagające metody komunikacji – poszerzają werbalną lub pisemną komunikację, stymulują nabywanie mowy przez niemówiące dzieci oraz zwiększają ekspresję u dzieci mówiących; zapewnienie doradztwa i wsparcia w adaptacji środowisk, działań oraz rutynowych czynności w życiu codziennym. Świadczenia terapii zajęciowej powinny być kompleksowe i uwzględniać zajęcia z zakresu umiejętności samoobsługi, pracy, edukacji, gier i zabaw oraz obejmować podstawowe kwestie sensomotoryczne mające związek z możliwościami wykonawczymi oraz zachowaniem dzieci i młodzieży. Interwencja powinna skupić się na hamowaniu zachowań zakłócających uczestnictwo, jak np. napady złości lub zachowania niewłaściwe. Natomiast ze względu na niewystarczające dowody naukowe oraz działania niepożądane, nie jest zalecane stosowanie terapii integracji słuchowej, obciążonych kamizelek, akupunktury, antybiotykoterapii oraz leków przeciwwgrzybiczych, chelatacji, enzymów trawiennych, suplementacji kwasu foliowego, tlenoterapii hiperbarycznej, terapii czaszkowo-krzyżowej, suplementacji witaminy C czy cynku. Dodatkowo ze względu na brak skuteczności lub brak dowodów oraz działania niepożądane, nie jest zalecane stosowanie ułatwionej komunikacji (*Facilitated Communication*) jako środka komunikacyjnego z dziećmi i młodzieżą z ASD, terapii holdingu, patterningu z maskowaniem, terapii immunoglobuliną podawaną dożylnie, terapii sekretyną.

Zalecenia kliniczne dotyczące dziecięcego mózgowego porażenia obejmują stosowanie treningu siłowego/wzmacniającego u dzieci, młodzieży oraz młodych dorosłych w wieku do 20 lat; interwencji hydroterapeutycznych dzieci do 12 lat ze zdiagnozowanym połowicznym porażeniem mózgowym i połowicznym niedowładem według kryteriów DSM-IV, dzieci z wtórnymi do diagnozy połowicznego porażenia mózgowego zaburzeniami siły, zakresu ruchu, równowagi, postawy, koordynacji ciała,

kontroli motorycznej, ruchomości stawów, bólu, napięcia mięśni, niezależności funkcjonalnej i / lub rozwoju umiejętności motoryki dużej.

Zalecenia kliniczne dotyczące zespołu Downa obejmują terapię zajęciową, rehabilitację ruchową, terapię mowy, edukację specjalną i żywieniową, a także świadczenia pomocy społecznej. Do ukończenia przez dziecko 3 roku życia, zazwyczaj interwencje te prowadzone są w domu. Od 3. do 21 roku życia lokalne środowisko szkolne odpowiedzialne jest za organizację i prowadzenie działań interwencyjnych, a także edukacyjnych. Świadczenia te są finansowane z budżetu państwa i administrowane na poziomie samorządowym.

Zalecenia kliniczne dotyczące ADHD obejmują psychoedukację – intencjonalne stosowanie technik psychologicznych przez pomoc ze strony psychoterapeuty w celu rozwoju osobowości i zdrowia psychicznego dziecka z ADHD oraz jego rodziny (prowadzona zarówno wśród dzieci z ADHD – najlepiej od 8 roku życia, jak i ich rodziców); psychoterapię behawioralną i poznawczą oraz w części przypadków farmakoterapię lekami psychostymulującymi. Leczenie farmakologiczne powinno być stosowane wyłącznie, gdy objawy są znacząco widoczne i dominujące w różnych środowiskach (np.

szkole, domu), powodując znaczne upośledzenie funkcji społecznych, behawioralnych, czy uczenia się, po starannym rozważeniu stosowania metod nefarmakologicznych.

W zakresie postępowania terapeutycznego w przypadku stwierdzenia ubytku słuchu, wytyczne zaznaczają, że wczesna interwencja dla dzieci powinna być zaprojektowana tak, aby spełniać indywidualne potrzeby dziecka i rodziny, w tym nabycie umiejętności komunikacyjnych, umiejętności społecznych, dobrego samopoczucia emocjonalnego i pozytywnej samooceny. Wczesna interwencja obejmuje ocenę pod kątem aparatów wzmacniających oraz sensorycznych, ocenę chirurgiczną i medyczną oraz diagnozę i terapię zaburzeń w zakresie komunikacji. Terapia medyczna polega na stosowaniu aparatów wzmacniających słuch oraz częstszej w ostatnich latach implantacji stymulatorów ślimakowych u osób ze znacznym lub głębokim ubytkiem słuchu dopiero w przypadku niewystarczającej odpowiedzi na aparaty słuchowe. Powikłanie chirurgicznego założenia implantów ślimakowych obejmuje zwiększone ryzyko zapalenia opon mózgowych, jakkolwiek ogólne ryzyko powikłań badań przesiewowych oraz leczenia ocenia się jako małe.

Powyższe zalecenia kliniczne oparto na licznych rekomendacjach, w tym PTAB (2004), Ministry of Health-Academy of Medicine Singapore (2010), AOTA (2009), Ministry of Health and Education New Zealand (2008), SIGN (2007; 2009), NICE (2010; 2011), BESt (2011), CADDRA (2011), ICSI (2010), Royal Australasian College of Physicians (2009).

Według szacunków Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) pod koniec 2009 r. prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało prawie 4,2 mln Polaków, w tym blisko 170 tys. dzieci, co stanowi >3% populacji w wieku 0-14 lat. W 2009 r. orzeczenie o niepełnosprawności posiadał co 9. Polak, niezależnie od płci. Szacując ogólną liczbę niepełnosprawnych w Polsce należy również ująć zbiorowość osób, które nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności. W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej – populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 5,3 mln osób do 9 mln osób.

Z analizy danych GUS wynika także, że spośród >145 tys. dzieci i młodzieży niepełnosprawnych uczęszczających do szkoły w roku szkolnym 2009/2010, najczęstszym rodzajem niepełnosprawności była niepełnosprawność intelektualna – ok. 55% osób, sprzężona – 10,9%, niesprawność związana z zaburzeniami zachowania – 6,51%, niesłyszeniem/niedostuchem – 6%, oraz niepełnosprawność ruchowa – 5,3%. Niewidzenie lub zaburzenia widzenia występowały u 3,5% uczniów niepełnosprawnych, z kolei na autyzm cierpiało <2%. Z całej grupy uczniów prawie 4% było niedostosowanych społecznie, a 2,6% zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2009 r. żyło 8,1 mln osób niepełnosprawnych (uwzględniono zarówno poważne, jak i mniej poważne ograniczenia sprawności przy wykluczeniu konieczności posiadania prawnego orzeczenia o niepełnosprawności).

Podsumowując opinie ekspertów:

Niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym.

- Grupę beneficjentów projektów cechują, między innymi: zaburzona motoryka; obniżone lub znacznie obniżone zdolności percepcyjne; umiejętności zrozumienia nowych lub złożonych informacji oraz uczenia się nowych umiejętności; zmniejszona zdolność do samodzielnego radzenia sobie; zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym, które rozpoczynają się przed okresem dorosłości i mogą mieć trwały wpływ zaburzający prawidłowy rozwój i funkcjonowanie dzieci i młodzieży, znacząco obniżając jakość ich życia, a także ograniczając możliwości ich adaptacji i uczestnictwa w środowisku społecznym oraz samodzielnej egzystencji.
- Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi istotny element opieki nad pacjentem, umożliwiając osiągnięcie wyższego poziomu sprawności i/lub kontaktu z zespołem leczącym jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta.
- Obowiązujące standardy postępowania dla dzieci niepełnosprawnych dotyczą: określenia celów usprawniania przed rozpoczęciem terapii, konieczność pełnej, zobiektywizowanej diagnostyki zaburzeń funkcji i wzorca chodu, konieczność regularnej oceny leczenia i w razie osiągnięcia wcześniej założonego celu lub braku poprawy weryfikacja planu leczenia.
- Odpowiednio dobrana kompleksowa terapia, opieka pielęgnacyjna dzieci niepełnosprawnych w powiązaniu z rehabilitacją leczniczą w pełni zabezpieczają potrzeby rozwojowe dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością.

Celem głównym omawianego projektu jest ograniczenie negatywnych skutków niepełnosprawności u dzieci poprzez rozwijanie indywidualnej samodzielności i społecznych kompetencji, a celami szczegółowymi: kompleksowe, terapeutyczne wspomaganie rozwoju dzieci; zapobieganie wtórnemu upośledzeniu się dzieci; zapobieganie patologizacji życia rodzinnego; integracja dzieci niepełnosprawnych z otoczeniem społecznym (stałe wzbogacanie i poszerzanie przestrzeni życiowej dzieci); wspieranie rodzin dzieci niepełnosprawnych. Program będzie realizowany w 2011 roku i zostaną nim objęte dzieci i młodzież w wieku od 3 roku życia (w wyjątkowych sytuacjach młodsze) do czasu zakończenia edukacji szkolnej z terenu miasta [REDAKTOWANE] – łącznie około 45 niepełnosprawnych dzieci. Program jest skierowany zwłaszcza do dzieci korzystających ze świadczeń medycznych w Ośrodku Rehabilitacyjno-Wychowawczym dla Dzieci Niepełnosprawnych w [REDAKTOWANE], ale również innych wymagających wielospecjalistycznego wspomaganie rozwoju – na podstawie skierowania od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. Zaplanowano następujące etapy: prowadzenie indywidualnych i grupowych form terapii i stymulacji rozwoju dziecka (terapii rewalidacyjnej, terapii funkcjonalnej, codziennych zabiegów i czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych, zabaw i gier zespołowych); realizowanie programów wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego – szkolenia terapeutyczne dla rodziców; udzielanie rodzicom szczegółowych wskazówek, co do metod i technik pielęgnacji, opieki, stymulacji rozwoju i usprawniania dziecka.

Przedmiotowy program ukierunkowany jest na bardzo niejednorodny problem zdrowotny, któremu ciężko zapobiegać, a którego narastająca skala i związane z nim konsekwencje, wymagające zaangażowania potencjału najbliższego otoczenia (rodziny) oraz zasobów społecznych, sprawiają, że jest to poważny problem społeczny.

Program stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, finansowanych z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Zasadność prowadzenia i finansowania przez samorząd terytorialny programów ukierunkowanych na kompleksową terapię i rehabilitację osób niepełnosprawnych, w szczególności dzieci i młodzieży, wynika z niewystarczających środków na pokrycie faktycznego zapotrzebowania w tym zakresie, określonych kontraktem z NFZ.

Ponadto, pozytywnym elementem programu wydaje się uwzględnienie działań edukacyjnych skierowanych do rodziców i opiekunów dzieci niepełnosprawnych, stanowiących wsparcie rodziny dziecka niepełnosprawnego, oraz szkolenia terapeutyczne dla rodziców; udzielanie rodzicom

szczególonych wskazówek, co do metod i technik pielęgnacji, opieki, stymulacji rozwoju i usprawniania dziecka. Odnalezione wytyczne kliniczne, podobnie jak i eksperci kliniczni podkreślają szczególną wagę włączenia w proces kompleksowej terapii niepełnosprawnych dzieci i młodzieży rodziców i psychoedukacji rodziców. Ze względu na brak definicji dla przyjętej jednostki rozliczeniowej programu – osobodzień – brak jasności, czy w oszacowaniu uwzględniono działania edukacyjne skierowane do rodziców i opiekunów niepełnosprawnych dzieci i młodzieży.

Program nie obejmuje świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ w zakresie rehabilitacji leczniczej. Autorzy podkreślają jednak, że istnieje możliwość ich realizacji w poradni rehabilitacyjnej działającej w ramach ośrodka na zasadach określonych przez NFZ, przez lekarzy, fizjoterapeutów, logopedów i innych specjalistów nie powiązanych z programem.

Proponowany sposób monitorowania realizacji i oceny skutków programu zdrowotnego, zakładający ocenę zmiany statusu sprawności osoby niepełnosprawnej, wydaje się adekwatny. Natomiast autorzy nie załączyli do projektu wzoru stosowanych w tym celu narzędzi, nie przedstawili informacji o ewentualnej walidacji opracowanej przez siebie metody – „Graficzna skala rozwoju dziecka”.

Plan programu jest pod kątem szacunkowej liczby uczestników oraz przewidzianych świadczeń dostosowany do możliwości realizacji ośrodka będącego realizatorem programu.

Na podstawie dostępnych danych trudno oszacować wielkość populacji docelowej programu. Projektowana populacja do objęcia programem wynosi 45 osób i wydaje się niska jak na przedstawioną przez autorów skalę problemu. Liczba ta wynika jednak z obserwacji i analiz liczebności dzieci uczestniczących w programach zdrowotnych realizowanych w latach 2008–2010 przez Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Dzieci Niepełnosprawnych w [REDAKTOWANE].